

指定基準・報酬・加算届等にかかる質問票

発信日 年 月 日

回答日 年 月 日

(あて先) 千葉県健康福祉部障害福祉事業課事業支援班

TEL : 043-223-2308

FAX : 043-222-4133

送付先メールアドレス: sisetusido@mz.pref.chiba.lg.jp

政令市・中核市所在地を除く、以下の施設・事業所のみが質問票の対象

- ①障害者支援施設、②生活介護、③短期入所、④自立訓練（機能訓練・自立訓練）、⑤就労移行支援、
⑥就労継続支援(A型・B型)、⑦共同生活援助、⑧就労定着支援

問合せ内容	(いずれかに○をつけてください)
1	指定基準、指定申請等
2	報酬・加算関係
3	その他

法人名	
事業所番号	
事業所名	
事業所所在市町村	
サービス名	
担当者名	
電話番号	

質問事項(事業者記入欄)	回答(千葉県記入欄)

注意：個人情報送付しないでください。